

**DECLARACION DE SERVICIOS DEL PROVEEDOR DE CUIDADO EN CASA DE FAMILIA**

NOMBRE *(Apellido, nombre de pila, inicial)* \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL NEGOCIO**

DIAS Y HORAS DE OPERACION *(marque todos los aplicables)*

Lunes     Martes     Miércoles     Jueves     Viernes     Sábado     Domingo

A qué hora abre: \_\_\_\_\_ A qué hora cierra: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Servicio no programado ("Drop-in"):  Sí  No *(favor de indicar cuotas y tarifas diarias)*

GRUPOS DE EDADES ACEPTADOS

Cero a 12 meses     1 año a 2 años     3 años a 5 años     6 años a 12 años     Otro

TARIFAS DIARIAS Y OTRAS CUOTAS

Cero a 12 meses:    Tarifa por día completo: \_\_\_\_\_    Tarifa por día parcial: \_\_\_\_\_

1 año a 2 años:    Tarifa por día completo: \_\_\_\_\_    Tarifa por día parcial: \_\_\_\_\_

3 años a 5 años:    Tarifa por día completo: \_\_\_\_\_    Tarifa por día parcial: \_\_\_\_\_

6 años a 12 años:    Tarifa por día completo: \_\_\_\_\_    Tarifa por día parcial: \_\_\_\_\_

Mi tarifa por **DIA COMPLETO** cubre un día de \_\_\_\_\_ horas. Mi tarifa por **DIA PARCIAL** cubre un día de \_\_\_\_\_ hrs.

Otras cuotas: \_\_\_\_\_

Reglas acerca de ausencias y cuotas *(si aplica)*: \_\_\_\_\_

Transporte provisto:     Sí     No    Escuelas en el área: \_\_\_\_\_

Comidas provistas:     Sí     No    Nombre del patrocinador del programa de comidas: \_\_\_\_\_

FECHAS DEL AÑO CUANDO ESTA CERRADO EL LOCAL DE CUIDADO DE NIÑOS

Acción de Gracias     Navidad     Día de Año Nuevo     Otro \_\_\_\_\_

Comentarios:

ACTIVIDADES DIARIAS/PROGRAMA PLANIFICADO PARA LOS NIÑOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MATERIALES Y EQUIPO PARA LOS NIÑOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DECLARACION DE SERVICIOS DEL PROVEEDOR DE CUIDADO EN CASA DE FAMILIA**

NOMBRE <i>(Apellido, nombre de pila, inicial)</i>	FECHA
---	-------

**EDUCACION Y HABILIDADES ESPECIALES**

GRADO MAS ALTO CURSADO

- Escuela primaria *(grados cursados)*   
 Escuela secundaria *(grados cursados)*   
 Universidad *(año que terminó/grado obtenido)*   
 CDA  
 NAFCC

MIS EXPERIENCIAS EN LA PROVISION DE CUIDADO DE NIÑOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MIS HABILIDADES ESPECIALES, CONOCIMIENTO O ENTRENAMIENTO QUE CREO QUE ME CAPACITA MEJOR PARA CUIDAR DE NIÑOS, INCLUSO DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

METODOS DE DISCIPLINA/CONDUCTA UTILIZADOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MIS PASATIEMPOS E INTERESES ESPECIALES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESCRIPCION DE AREAS INTERIORES Y EXTERIORES DONDE SE PROPORCIONARA EL CUIDADO DE NIÑOS *(patio cercado, árboles, limpieza, etc.)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Yo proporcionaré acomodaciones razonables para niños con necesidades especiales.***

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR	FECHA

Si el padre/madre/tutor firma arriba, deberá proporcionársele una copia.

**Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades**

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con: 602-542-4248.